

*Matrices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género**

Nuances of pregnant women's autonomy in the health services: a bioethics-gender dialogue

Fanny Consuelo Urrea Mora**

Resumen

En este artículo se reflexiona sobre el concepto de autonomía bajo una perspectiva contemporánea bioética-género ligada a la toma de decisiones de mujeres gestantes sobre sus cuerpos. Durante la atención clínica los profesionales de salud se centran en el sistema reproductor de las gestantes y los riesgos del embarazo. De tal forma que el cuerpo se convierte en objeto y se establecen relaciones paternalistas que vulneran la autonomía de las mujeres. Los hallazgos revelaron diferentes aspectos del concepto de autonomía que incluye la capacidad del ser humano para decidir y “construir” su contexto. La autonomía se considera una dinámica sociopolítica que llega tarde a las relaciones médico-paciente cuando los avances tecnocientíficos ponen sobre la mesa dilemas bioéticos acerca de los fines de la Medicina y la concepción salud-enfermedad¹ y los movimientos sociales de mujeres en el mundo reclaman la equidad de género.

Palabras claves: autonomía, bioética, cuerpo mujeres gestantes, género.

Abstract

Along this article, the author reflects upon the concept of autonomy from a bioethics-gender contemporary angle, linked to the pregnant women's decision making on their bodies. During the clinic attention the health professionals focus on their reproductive system and the risks during their pregnancy. Thus, their bodies become objects and paternalistic relationships that violate women's autonomy are established. The findings revealed a variety of features in relation to the concept of autonomy. In this features, the human being is recognized as able to make decisions and build their context. Autonomy is considered a sociopolitical dynamic that arrives late to the relations between doctor – patient, just when the techno scientific advances expose bioethical dilemmas and the women social movements around the world that claim for gender equality.

Keywords: autonomy, bioethics, pregnant women's bodies, gender.

* Artículo de reflexión. Este artículo fue elaborado como parte del proceso de tesis doctoral, tuvo la tutoría de la Dra. Constanza Ovalle Gómez. Ph. D. en Ciencias sociales, Niñez y juventud, CINDE-Universidad de Manizales. Documento entregado el 23 de enero de 2012 y aprobado el 24 de octubre de 2012.

** Odontóloga Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Estomatología Universidad Javeriana. Especialista en Filosofía de la Ciencia y Bioética Universidad El Bosque. Magíster en Bioética Universidad El Bosque. Profesora Asistente Facultad de Odontología Universidad El Bosque. Correo electrónico: fanny_urrea@yahoo.com.mx

¹ ESCOBAR, Jaime. Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo. *Revista Colombiana de Bioética*, 2007, 2 (1): 33.

Introducción

Este artículo es una primera aproximación para reflexionar acerca del concepto de autonomía de mujeres gestantes, durante la atención en salud, bajo la perspectiva bioética-género, a partir de publicaciones de autores y autoras de diferentes latitudes.

La autonomía es clave para la Bioética, dado el cambio de perspectiva que generó su ingreso en la atención en salud. Esta situación llevó a la crisis del paternalismo, proceso que se inició en los años 70 del siglo pasado en los Estados Unidos y luego se extendió a Europa y América latina. Igualmente, para los feministas como movimientos sociales y el género² como instrumento analítico que surge en la década de los 80 han buscado el reconocimiento y respeto de la autonomía de las mujeres, en todos los ámbitos de la vida de la población femenina. En ese sentido para Santos³ lo verdaderamente novedoso de los movimientos sociales es ser una fuente crítica de la regulación social capitalista y de la emancipación social socialista. De tal forma que permite identificar nuevas maneras de opresión como por ejemplo: el racismo y el machismo.

El desarrollo del tema permite el planteamiento de la tesis siguiente: durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista⁴ que vulnera la autonomía de las mujeres.

Esta tesis está soportada en planteamientos de Laura Purdy, Diana Meyers, Elizabeth Boetzkes y Mónica Roa. La tesis antes expuesta está en una línea de pensamiento contemporáneo inscrita en los feminismos.

Purdy⁵ considera que tanto los hombres como las mujeres desean controlar lo que pasa en su cuerpo; sin embargo, las mujeres están amenazadas por quienes argumentan que deben actuar por el bienestar de los fetos dentro de ellas. Para la autora el respeto por los derechos como agentes morales para controlar los cuerpos es un punto clave en una sociedad liberal.

Meyer⁶ afirma, en relación con la autonomía, que las mujeres están en desventaja ante los modelos impuestos de altruismo heterónomo. El ser autónoma para una mujer embarazada incluye tener en cuenta el significado cultural del embarazo y la maternidad.

Según Boetzkes⁷ se requiere una reconceptualización de la autonomía de las mujeres gestantes porque tanto el hombre como la mujer son igualmente responsables por un embarazo, pero hay una profunda asimetría, debido a que sobre la mujer recae la mayor responsabilidad.

² Para Viveros el género se convirtió en "herramienta" analítica reciente en las ciencias sociales que pretendía mostrar la diferencia entre Biología y cultura. El sexo se relacionó con Biología mientras el género con cultura. Cf. VIVEROS VIGOLLA, Mara. El concepto de género y sus avatars. Interrogantes en torno a algunas viejas y nuevas controversias. En: AUTORES VARIOS. Pensar en género. Teoría y práctica para nuevas cartografías del cuerpo. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2004. pp.171-193.

³ DE SOUSA SANTOS, Boaventura. De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la postmodernidad. Bogotá: Siglo del hombre editores-Universidad de los Andes, 1998. pp. 312-324.

⁴ Ezekiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel describieron cuatro modelos en la relación médico-paciente que se extiende a toda el área de la salud así: modelo paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. En el paternalista el profesional de la salud decide lo mejor para el paciente teniendo en cuenta los intereses de este, la autonomía

se percibe como asentimiento; en el informativo el paciente conoce información relevante suministrada por el profesional de la salud acerca de su enfermedad y posibilidades de tratamiento, para tomar una decisión acorde con la información suministrada, la autonomía del paciente es respetada; en el interpretativo el profesional de la salud acompaña al paciente en el proceso de decisión identificando los valores y aportando información pertinente sobre la salud y tratamientos, la autonomía se asume como auto comprensión; el deliberativo es un proceso conjunto deliberativo paciente-profesional de la salud que incluye identificación de valores, análisis de información hasta la toma de decisiones y la autonomía se ve como autodesarrollo moral.

⁵ PURDY, Laura. *Are pregnant women fetal containers?* En: Reproducing persons. Issues in feminist bioethics. United States of America. Cornell University Press. 1996. pp. 88-107.

⁶ MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. *Equality, autonomy, and feminist Bioethics*. En: *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Oxford, 1999. pp.124-139.

⁷ *Ibid.*, pp. 121-139.

A partir del análisis y reflexión para este artículo se desarrollaron elementos argumentativos sobre el concepto de autonomía, al rastrear dicho concepto en la Filosofía, la Bioética y las voces de mujeres y, posteriormente, al confrontar los resultados con la tesis planteada.

1. Metodología

Para desarrollar el tema matices de la autonomía en gestantes en salud desde un diálogo entre la Bioética y el género se tuvieron en cuenta publicaciones científicas de diversos autores y autoras de diferentes latitudes y disciplinas, que enriquecieron el artículo. Se eligieron publicaciones relacionadas con la autonomía en general, la autonomía de las mujeres y de las gestantes desde la Bioética y el género.

Se hace la discusión sobre el concepto de autonomía, a partir de fuentes originales, en un diálogo entre la bioética y el género, como un trabajo conjunto para construir argumentos desde el método deductivo que servirá posteriormente para contrastar con un enfoque inductivo. Los argumentos aquí logrados, se plantean como un primer acercamiento que continuarán su desarrollo y enriquecimiento en la investigación doctoral.

2. Resultados

Este acápite presenta los resultados obtenidos en cinco subtítulos: un panorama desde Locke, Kant y Mill, la autonomía en la Bioética, voces de mujeres, la influencia de la religión, la salud desde lo político, social y económico.

2.1 Un panorama desde Locke, Kant y Mill

Durante la Edad Media, según Lorda⁸, tanto las relaciones socio-políticas como las relaciones

médicas se fundaban en el paternalismo; los súbditos obedecían al gobernante, mientras el médico poseedor del conocimiento, daba órdenes que debían ser cumplidas por el enfermo.

Los rápidos cambios tecno-científicos producidos desde Galileo muestran el acelerado crecimiento y la intervención de los avances de la ciencia en la vida de los seres humanos. Estas situaciones son un ambiente propicio para el desarrollo de los planteamientos de filósofos como Locke⁹, Kant¹⁰ y Mill¹¹ acerca de la autonomía.

Según Locke¹² primero los seres humanos son iguales e independientes; segundo los hombres buscan el bienestar y la felicidad, bajo una ética marcada por el utilitarismo; tercero la experiencia le enseña al hombre a ver las consecuencias de sus actos y cuarto la vida, propiedad y libertad son derechos naturales.

En el *Segundo ensayo sobre el gobierno civil* se hace referencia al consentimiento informado. Locke¹³, afirma que nadie puede ser sometido al poder político sin su consentimiento; igualmente, el poder paternal se ejerce en los menores de edad cuando son incapaces de administrar sus propiedades. Para este filósofo el consentimiento es un elemento trascendental en las relaciones socio-políticas que luego se traducirá en autonomía.

Kant¹⁴, en sus innumerables escritos precríticos y críticos, tuvo un gran interés en fundamentar una moral autónoma. Él divide los principios prácticos en máximas e imperativos, las diferencias entre unos y otros radica en que las máximas se aplican a los individuos, mientras que los imperativos

⁸ SIMÓN LORDA, Pablo. El Consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Editorial Triacastela, 2000. pp. 29- 31.

⁹ LOCKE, John (1632-1704) filósofo y médico naturalista inglés.

¹⁰ KANT, Immanuel (1724-1804) filósofo alemán.

¹¹ MILL, John Stuart (1806-1873) filósofo y político Inglés.

¹² LOCKE, John. Citado por REALE, Giovanni, et al. Historia del pensamiento filosófico y científico. Tomo II Del humanismo a Kant. Barcelona: Herder, 1999. pp. 428-446.

¹³ LOCKE, John. Segundo ensayo sobre el gobierno civil. Buenos Aires: Losada, 2002. p. 70.

¹⁴ REALE, Giovanni. Op. cit., pp. 723-779.

se aplican a todos con fuerza de mandatos. Los hombres son fines en sí mismos y resulta inmoral considerarlos como medios; además, todas las personas tienen autonomía moral para decidir, de tal forma que pueden determinar su propio destino y cuando no se respeta la autonomía significaba ver a la persona como un medio y no como un fin en sí mismo.

Kant¹⁵ se centra en la razón humana que según él no es solamente razón teórica capaz de conocer, sino también es razón práctica capaz de determinar la voluntad y la acción. En este libro él se refiere a la autonomía como auto legislación, como un deseo del hombre en oposición a la heteronomía como legislación impuesta.

Mill¹⁶, enmarcado en la tradición empirista, dejó improntas en la Política, la Economía, la Sociología y la Filosofía. Para él es claro que se requiere proteger la libertad frente al Gobierno, a la opinión y a la sociedad por la tendencia que tiene esta última en imponer sus ideas y costumbres. Enfatiza en la defensa del derecho de los individuos a vivir según su voluntad, pero también considera que la libertad tiene como límite la libertad de los demás.

En el ensayo escrito, con su esposa Harriet Taylor, en 1859, Mill¹⁷ hace una defensa de los derechos de las personas y de la libertad individual, resaltando la autonomía del individuo en la medida en que ellos tengan libertad para formar sus opiniones y expresarlas sin reserva.

2.2 La Autonomía en la Bioética

Los tres filósofos anteriores marcan el camino para el desarrollo del concepto de autonomía que buscó llevar a la humanidad a la mayoría de edad

y que luego llegó a la Bioética. En este apartado se pretende hacer un recuento teniendo en cuenta diferentes autores que han escrito, investigado y analizado sobre la autonomía desde la Bioética.

Para Simón¹⁸ la autonomía es un fenómeno cultural, político y social que pretende la transformación de las relaciones humanas. Se trata de una dinámica socio-política que llega tarde a la relaciones médico paciente, precisamente cuando los avances tecnocientíficos¹⁹ ponen sobre la mesa dilemas bioéticos.

Según Beauchamp y Childress²⁰ el acelerado desarrollo tecnocientífico, a partir de la mitad del siglo pasado, generó rápidos cambios en las ciencias biológicas con repercusiones en la atención de los pacientes. En esas circunstancias fue necesaria la adopción de principios que como guías generales permitieran hacer juicios ponderados. Los cuatro principios denominados principialismo²¹ son:

- Autonomía como la capacidad de las personas para tomar decisiones.
- No maleficencia evitar causar perjuicios y daños.
- Beneficencia consiste en el análisis costo beneficio.
- Justicia distribución justa de riesgos y beneficios.

¹⁸ SIMÓN LORDA, Pablo. Problemas prácticos del consentimiento informado. Barcelona: Fundación Víctor Grifols, 1999. p. 21.

¹⁹ Palazzani considera hechos problemáticos los acelerados cambios biotecnológicos que pueden modificar la identidad humana y la de otros seres vivientes. Cf. PALAZZANI, Laura. Cuerpo y sujeto en bioética [en línea]. *Cuadernos de bioética. Asociación Española de Bioética y ética Médica*, 2004, número 53: 17-27. [Fecha de consulta: 10 marzo de 2011]. Disponible desde: aebioetica.org/revistas/2004/15/1/53/17.pdf

²⁰ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principios de Ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999. p. 3.

²¹ Según Hottois, el principialismo es un enfoque norteamericano que orienta toma de decisiones en un medio pluralista. Cf. HOTTOIS, Gilbert. ¿Qué es la bioética? Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007. p. 47.

¹⁵ KANT, Immanuel. Crítica de la razón práctica. México: Porrúa, 1989. p. 93.

¹⁶ REALE, Giovanni. *Op.cit.*, pp. 283-297.

¹⁷ MILL, John Stuart. Sobre la libertad. Madrid: Alianza, 1979. p. 163.

Beauchamp y Childress²² hacen diferencia entre ser autónomo y ser respetado como agente autónomo. Esto último significa tener derecho a opiniones propias, tanto como a elegir según valores y creencias personales. Por lo contrario, el no respetar la autonomía implica ignorar y negar la igualdad de que goza la persona. Los autores sustentados en Kant y Mill defienden el respeto a la autonomía, teniendo en cuenta que para Kant toda persona tiene la capacidad para determinar su propio destino, mientras que para Mill se debe respetar el libre desarrollo, según sus convicciones personales siempre que no interfieran con la libertad de los otros.

Por su parte, Engelhardt²³ plantea dos principios éticos: el permiso y la beneficencia que se desarrollan en doble sentido. El principio de permiso o el consentimiento es lo que valida la autoridad, hace posible una comunidad moral y se constituye en el fundamento de la moralidad de autonomía o en otras palabras el respeto mutuo.

Los europeos según Rendtorff y Kemp²⁴ consideran 5 significados importantes de autonomía así: capacidad de creación de ideas y metas para la vida, capacidad de moral interior, auto legislación y privacidad, capacidad de decisión racional y acción sin coerción, capacidad para involucrarse políticamente y la capacidad del consentimiento informado para experimentos médicos. Las ideas de autonomía tienen sus raíces en Aristóteles con la conexión entre autonomía y acción voluntaria; en Kant quien afirmaba que la persona tiene libertad moral y es autónoma y en Mill quien consideró la autonomía como la posibilidad de actuar y decidir libremente, sin coerción.

Gracia²⁵ cuando hace referencia a la autonomía recuerda el paternalismo como una relación establecida en la clínica con características verticales y asimétricas. Él lo describe como si el enfermo se “infantilizara”²⁶ bajo la perspectiva de que la enfermedad hace al enfermo vulnerable desde todo punto de vista, de tal manera que lo convierte en un incompetente para tomar decisiones.

En la década de los años 80 del siglo pasado se produjo según Gracia²⁷ la emancipación de los pacientes cristalizado en códigos que ha permitido que la relación vertical se vaya horizontalizando. Los pacientes han reivindicado su derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, teniendo en cuenta su proyecto de vida, para romper así el viejo modelo paternalista.

Para Simón²⁸ el centro del debate sobre la autonomía en la Bioética está en haberla considerado como un principio, en cambio él la propone como “un cambio de perspectiva radical donde primen las relaciones simétricas”²⁹.

La filtración del principio de autonomía en la sociedad civil y en la vida privada de los seres humanos se evidenció con la generalización de los derechos civiles y fue así como en 1973 los Estados Unidos aprobaron la primera Carta de los Derechos de los pacientes³⁰ por parte de la Asociación Americana de hospitales, pero solo se vieron cambios en los años 90 cuando se empieza a reconocer el consentimiento informado.

²² BEAUCHAMP, T., y CHILDRESS, J. *Op. cit.*, p. 116.

²³ ENGELHARD, Tristram. Los principios de la Bioética. En: ENGELHARD, Tristram. Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós, 1995. pp. 136-138.

²⁴ RENDTORFF, Jacob Dahl y KEMP, Peter. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Volumen I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Barcelona: Centre for Ethics and Law – Institut Borja de Bioética, 2000. pp. 17-62.

²⁵ GRACIA, Diego. Bioética clínica. Bogotá: Códice, 1998. pp. 41-81.

²⁶ *Ibid.*, p. 72.

²⁷ *Ibid.*, p. 74.

²⁸ SIMÓN LORDA, Pablo. 1999. *Op.cit.*, p. 304.

²⁹ *Ibid.*, p. 21.

³⁰ CARTAS DE DERECHOS DEL PACIENTE. DECLARACIÓN DE LISBOA, OCTUBRE DE 1981. En: ESCOBAR TRIANA, Jaime (Dir). Códigos, convenios y Declaraciones de Ética médica, Enfermería y Bioética. Colección *Bios y Ethos* No. 8. Bogotá: Kimpres – Universidad El Bosque, 1998. pp. 57-58.

2.3 Voces de mujeres

En este apartado se presentan aportes de varias autoras, algunas bioeticistas, se contempla en primera instancia la autonomía de las mujeres en general y luego la de las gestantes.

Según Varela³¹ a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX se gestaron acontecimientos históricos trascendentales como la proclamación de los derechos del hombre y con ellos la igualdad universal, pero de esa igualdad fueron excluidas las mujeres. Esta situación trajo como consecuencia el nacimiento del feminismo como teoría y práctica política basada en la Justicia, como movimiento social, como discurso de reflexión y también como “una ética y una forma de estar en el mundo”³². Con ese sentido el feminismo se puede considerar: “un hijo no querido de la ilustración”³³.

Varela³⁴ reconoce que filósofos tan influyentes como Rousseau, Hegel, Schopenhauer y Nietzsche contribuyeron a construir una imagen de la mujer asociada con lo puramente biológico que se extendió en todos los ámbitos del saber, en un momento histórico guiado por la razón.

Por ejemplo, según Amorós³⁵ para Rousseau las mujeres estaban inhabilitadas para toda la actividad científica porque eran incompetentes éticamente, debido a sus características biológicas que les impedía formular juicios autónomos.

A las mujeres se les consideraban heterónomas³⁶ moralmente y su vida estaba delimitada al ámbito privado, tuteladas en primera instancia por el

padre y posteriormente por el esposo. La heteronomía hace referencia a la legislación impuesta, es decir, a una autonomía dada desde fuera. Así las cosas, conceptos como los anteriores trajeron como consecuencia la exclusión de las mujeres del mundo académico.

A raíz de afirmaciones categóricas de Rousseau es que según Amorós³⁷ aparece lo que se puede considerar la primera formulación de una ética feminista con raíces en la ilustración de parte de Mary Wollstonecraften en su libro *Vindicações de los derechos de las mujeres*, publicado en 1791. Con esta publicación se evidencia la organización de grupos de mujeres que toman el discurso de la revolución para exigir, entre otras cosas, la ciudadanía y una educación sin diferencias sexuales, porque consideraban que la educación adecuada ayudaba a desarrollar las capacidades racionales presentes en las mujeres como sujetos éticos autónomos. Wollstonecraften polemizó con Kant, debido a que él consideró a las mujeres menores de edad y, por lo tanto, sin autonomía.

Doscientos años después Simone de Beauvoir publicó su libro *El segundo sexo* resultado de una profunda reflexión filosófica entorno a la condición femenina tomando según Amorós³⁸ elementos éticos y desde el inicio del libro Beauvoir evidenció la necesidad de desmitificar la “esencia femenina” y las normas culturales en torno al concepto de la mujer y lo femenino. Adicionalmente, afirmó, teniendo como argumentos diferentes disciplinas, que la subordinación de las mujeres no tiene una explicación desde lo biológico o desde lo natural, sino desde la cultura.

En cuanto la actividad científica Nieto³⁹ considera que esta ha sido, y sigue siendo, patrimonio de

³¹ VARELA, Nuria. *Feminismos para principiantes*. Barcelona: Ediciones B., 2005. p. 27.

³² *Ibid.*, p.15.

³³ VALCÁRCEL. Citada por VARELA, Nuria. *Ibid.*, p.14.

³⁴ *Ibid.*, p.67.

³⁵ AMORÓS, Celia. *Ética y feminismo*. En: GUARIGLIA, Osvaldo (Ed). *Cuestiones morales*. Madrid: Trotta, 1996. p.146

³⁶ El Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española define heteronomía, así: “Dícese del que está sometido a un poder ajeno que le impide el libre desarrollo de su naturaleza”.

³⁷ AMORÓS, Celia. *Op.cit.*, p. 147.

³⁸ *Ibid.*, pp. 150-153.

³⁹ NIETO, Mauricio. Poder y conocimiento científico: Nuevas tendencias en historiografía de la ciencia. *Historia crítica. Revista del Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 1995, número 10. p.10.

los hombres con características sociales y raciales específicas. La ciencia occidental, que desde el comienzo es representada como objetiva y racional, se suele identificar con características “construidas” desde lo cultural con lo masculino, mientras que la naturaleza pasiva y misteriosa se le interpreta como femenino y es así como Francis Bacon considera que la ciencia tiene como objetivo conquistar y dominar la naturaleza. Según O’Neill⁴⁰ en la antigüedad el término autonomía se usaba para las ciudades que hacían sus propias leyes, no para los individuos. Este ganó un uso renovado, político pero aún restringido a comienzos del periodo moderno, y la resonancia en el pensamiento político y filosófico contemporáneo se deriva del papel central que le dio Kant en su filosofía moral.

Mill⁴¹ fue quien primero evidenció el enfoque naturalista en su obra *On Liberty*, en la cual sostiene que existe un límite para la interferencia legítima de la opinión colectiva con la independencia individual y la libertad como la única fuente permanente de mejoramiento. La conclusión a la que llega es que el razonamiento utilitario mostrará que se requiere respeto por la libertad individual. La mayor dificultad que enfrenta la autonomía individual actualmente es que sus proponentes toman un punto de vista naturalista de la acción humana. Para los naturalistas las acciones humanas son causadas por estados y eventos naturales, especialmente por deseos y creencias.

Para O’Neill⁴² la autonomía individual es importante en Bioética, por la influencia de Beauchamp y Childress con quienes este principio ganó en un tiempo corto gran apoyo, pero también críticas. Los autores reconocieron que el principio de autonomía era a veces más importante en ética médica que el principio de beneficencia.

En relación con las nuevas tecnologías en el siglo XX, considera O’Neill⁴³ que en la Medicina contemporánea la autonomía del paciente a menudo no es otra cosa que el derecho a rehusar un tratamiento. Sin embargo, los procedimientos de consentimiento informado por sí solos no aseguran que los pacientes sean autónomos. Recuerda que hace solo unas décadas se violó la libertad reproductora, con esterilizaciones bajo presiones en muchos países. A mediados del siglo se presentaron explosiones demográficas generadas bajo el poder nazi, luego hubo abortos forzados en China.

El término “autonomía reproductora”⁴⁴ va más allá de la libertad de coerción en reproducción y esa idea se ha extendido para reflejar la expansión de las posibilidades para la autodeterminación y la independencia ofrecida por nuevas técnicas reproductoras. O’Neill⁴⁵ define la autonomía como autodeterminación, autoexpresión y derecho a escoger, como una independencia relacional, teniendo en cuenta que algunas acciones son independientes en algunos aspectos, pero dependientes en otros.

Purdy⁴⁶ afirma que las mujeres tienen al menos los mismos principios básicos que los demás miembros de la sociedad; por lo tanto, sus intereses deben recibir el mismo respeto que el de cualquier persona, máxime cuando las mujeres embarazadas deben tomar decisiones acerca de tratamientos médicos recomendado para ellas y sus fetos con consecuencias que generan dilemas difíciles de resolver porque, a veces una alternativa que es buena para ella, puede ser perjudicar para el feto.

Sin embargo, según Annas⁴⁷ los jueces suelen mirar a las mujeres como “histéricas” y terminan

⁴⁰ O’NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2002. pp. 28-75.

⁴¹ MILL, John Stuart. Citado por O’NEILL, O., *Ibid.*, p. 29.

⁴² O’NEILL, O. *Op. cit.*, p. 34.

⁴³ *Ibid.*, p. 49.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 65.

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 28-75.

⁴⁶ PURDY, L. *Op. cit.*, pp. 88-107.

⁴⁷ ANNAS, George. Citado por PURDY, L., *Ibid.*, p. 96.

ordenando el procedimiento que el médico propone. Adicionalmente muchas decisiones tomadas por los galenos son juicios de valor al considerar que la muerte del feto sería el peor resultado, dejando de lado lo que pasa con la mujer⁴⁸. En ese sentido, Schott⁴⁹ considera que el feto tiene más relevancia que la mujer embarazada.

Meyers⁵⁰ afirma que la autonomía no es un proyecto privado, sino que los seres humanos son contruidos socialmente y necesitan modelos en el mundo público, para desarrollar la competencia como una persona autónoma. De igual manera hay que reconocer que la mujer gestante no es pasiva, sino que es un agente moral activo. El embarazo no es simplemente un proceso biológico, es siempre un proceso activo de moldear para sí misma con una perspectiva moral corporal. Pero es claro que la identidad sexual de las mujeres ha sido en muchos casos cosificada y forzada simbólicamente como el sexo femenino degradado.

Para Cornell⁵¹ el Estado liberal tiene una responsabilidad básica de tratar a los y las ciudadanos por igual, con una doble función: proteger la integridad del cuerpo y propiciar el autorrespeto. La protección de la integridad corporal tiene que ver con liberar de imposiciones indebidas de imágenes incompatibles con el ser persona, como por ejemplo ver el cuerpo de las mujeres como contenedores de fetos o como objeto sexual.

Por su parte Valcárcel⁵² considera que la autonomía se debe ver como un efecto colateral de la acción, de tal forma que son las acciones que realizamos las que nos convierten en autónomas o autónomos.

En conclusión, los feminismos han resignificado la autonomía unido al control del cuerpo en lo cotidiano⁵³ y han enfatizado en que este concepto se requiere para la “construcción” de sujetos⁵⁴.

2.4 La influencia de la religión

La definición de Colombia como una nación católica, apostólica y romana, según la Constitución Política de 1886 y reafirmada en el Concordato en 1887, establece un fuerte vínculo entre el Estado y la religión. El Concordato firmado con la Santa Sede le garantiza a la Iglesia, entre muchas cosas, la enseñanza de la religión católica, injerencia en aspectos matrimoniales como la definición y establecimiento de las relaciones entre la parte civil y la eclesiástica.

Pero además, la connotación de nación católica va a determinar en la sociedad colombiana la imagen y representación de la mujer que para Lagarde⁵⁵ se constituye un ser secundario dependiente del hombre, porque según la creencia religiosa la mujer surge de la costilla del hombre y, por tanto, le pertenece. Lo anterior, le imprime a la mujer el carácter de subordinación, dependencia y falta de autonomía.

Según esta perspectiva, la educación guiada por la Iglesia católica continúa abonando el terreno para la obediencia y sumisión de la mujer al varón. Se cultivan las manualidades como los bordados y costura que logran mantenerlas en el hogar como única posibilidad de ámbito de acción con el horizonte en la maternidad, el cuidado de los hijos y el esposo.

⁴⁸ RHODEN. Citado por PURDY, L., *Ibid.*, p. 98.

⁴⁹ SCHOTT. Citado por PURDY, L. *Ibid.*, p. 103.

⁵⁰ MEYERS. Citada por BOETZKES, E. *Op.cit.*, p. 124.

⁵¹ CORNELL. Citado por BOETZKES, E. *Ibid.*, p. 125.

⁵² VALCÁRCEL, Amelia. La política de las mujeres. Madrid: Universidad de Valencia – Instituto de la mujer, 2004. p. 235.

⁵³ GUTIÉRREZ Paula. De la autonomía a la soberanía. *Revista En otras palabras*, 2010, número 18, pp. 19-22. Bogotá: Siglo del Hombre editores.

⁵⁴ ZABALA, Sonia. Autonomía y acción colectiva en la construcción de sujetas políticas. *Revista En otras palabras*, 2010, número 18, pp. 23-32. Bogotá: Siglo del hombre editores.

⁵⁵ LAGARDE, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 3 ed. México: Universidad Autónoma de México, 2003. pp. 320-323.

Para Wills⁵⁶ la Colombia homogenizada del siglo XIX giraba alrededor la religión católica. Los códigos penal y civil y las relaciones entre mujeres y hombres eran una muestra de las reglas sociales de aquel entonces que preservaban la idea de la autonomía de la población femenina supeditada a los otros, como el caso de la potestad marital.

La Constitución de 1991, por su parte, se reconoce a Colombia como un Estado Social de Derecho, con trascendentales cambios como el respeto a la diferencia y a la diversidad cultural y con ellos el libre desarrollo de la personalidad, la separación de la Iglesia y el Estado, la participación ciudadana y el derecho a la igualdad. De los cambios de la población femenina están su participación en política, educación y salud.

Sin embargo, dice Wills⁵⁷ la lentitud en el reconocimiento de las solicitudes de las mujeres, como el derecho al voto o el ingreso a la universidad, se debe en gran parte a la influencia de la Iglesia católica en la toma de decisiones de tipo institucional y personal. Igualmente, se reconoce que "...la iglesia Católica es uno de los mayores obstáculos a la hora de defender los derechos sexuales y reproductivos"⁵⁸.

Ante toda esa situación imperante en el país, se empieza a cuestionar la exclusión y marginación en que está la población femenina, influida claramente por el ámbito internacional, desde donde se venían debatiendo los derechos políticos de las mujeres. Se consideraba que la educación era el límite entre la subordinación y la liberación,

porque para ellas, tanto la educación como la cultura, permitían un cambio de fondo en la vida de la población femenina. Es así como "...por medio del ejercicio intelectual las mujeres se pensaron como seres excluidos de las grandes decisiones; y desde este campo, en que eran valoradas comenzaron su crítica"⁵⁹.

2.5 La atención en salud desde lo político, social y económico

La Constitución Política de Colombia de 1991 es relevante en primera instancia porque como lo plantea Velásquez⁶⁰, las constituciones políticas de un país, representan elementos de la estructura de una cultura en las diferentes etapas históricas de una nación, incluso el manejo del poder en la vida privada. En segundo instancia, porque movimientos de mujeres colombianas participaron en la Constitución de 1991 reclamando la igualdad en lo político, económico y social, y lograron la inclusión de derechos específicos de las mujeres.

A continuación se analizan los artículos: 40, 42, 43 y 49 de la Constitución Política de Colombia 1991. Los tres primeros hacen referencia a derechos fundamentales y el 49, a la salud.

El artículo 40 "(...) Las autoridades garantizarán la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la administración pública"⁶¹, sobre derechos políticos es elemento clave para la Ley 581 de 2001 o Ley de cuotas, que permita concretar la participación con más equidad de las mujeres en instancias de decisión

⁵⁶ WILLS OBREGÓN, María Emma. De la nación católica a la nación multicultural: rupturas y desafíos. En: Autores varios. Memorias del Simposio Internacional y IV Cátedra Anual de Historia Ernesto Restrepo Tirado. Bogotá: Ministerio de Cultura. 2000. p. 388.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 205.

⁵⁸ ORGANIZACIÓN CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR EN COLOMBIA. Citada por POSADA, Carmen. Derechos sexuales y reproductivos en Colombia: Abrirse paso entre las fuerzas fundamentalistas, las violencias y la guerra. En: Diálogos Sur-Sur. Sobre religión, Derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú. Chile: Universidad Academia 2004. p. 59.

⁵⁹ LUNA, Lola. Historia, género y política. Movimientos de mujeres y participación política en Colombia 1930-1991. Seminario Interdisciplinar Mujeres y sociedad. Comisión Internacional de Ciencia y Tecnología. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1994. p. 67.

⁶⁰ VELÁSQUEZ TORO, Magdala. Aspectos de la condición jurídica de las mujeres. En: Autores varios. Las mujeres en la historia de Colombia. Mujeres, historia y política. Tomo I. Santafé de Bogotá: Norma, 1995. pp.173-174.

⁶¹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. Bogotá: Legis, 2010. art. 40.

del Estado. De todas formas para promover el cumplimiento de esta Ley, la aplicación se tropieza con una cultura permeada por la ideología patriarcal⁶².

Por su parte el artículo 42 "...Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y el respeto recíproco entre todos los integrantes..."⁶³, tiene que ver, entre otros, con la igualdad de derechos y deberes en las relaciones de familia. Porque como lo expresa Fraser⁶⁴ la crianza de los hijos corresponde tanto a reproducción material como simbólica; sin embargo, en la práctica este trabajo no es reconocido como tal y por lo tanto no es pago, además de ser considerado actividad femenina. Por eso en muchos de los informes y convenciones publicados las mujeres aparecen como las más pobres dentro de los pobres.

El 43 artículo "La mujer y el hombre tiene iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia"⁶⁵ contempla la igualdad de oportunidades y derechos entre las mujeres y los hombres y aclara que la población femenina no puede ser discriminada; sin embargo, constitucionalmente la mujer es amparada si es madre, si está embarazada o si es madre cabeza de familia, esto última significa mujer sin cónyuge y con hijos. Así las cosas la visión de las mujeres en este

artículo es fraccionada como la mujer -esposa y mujer- madre, con hijos o con la potencialidad de tener hijos, como propio de su naturaleza.

El artículo 49 "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad... Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad"⁶⁶, se relaciona con la igualdad de atención en salud de todas las personas y unifica a toda la población en cuanto la visión de la enfermedad, la salud y sus necesidades. No se tienen en cuenta las particularidades de género, se homogeneizan las necesidades y se propician exclusiones.

En relación con el derecho a la atención en salud es importante tener en cuenta que el concepto de salud planteado por la Organización Mundial de la Salud - OMS⁶⁷ en 1947 como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia, ha sufrido modificaciones, porque la salud ya no se considera como un estado, sino como un proceso en permanente cambio; por lo tanto, es dinámico.

Actualmente se habla del proceso salud-enfermedad, como un *continuum* entre la salud y la enfermedad dentro del proceso vital humano inmerso dentro de la polaridad vida-muerte. Ese nuevo modelo, según el enfoque biopsicosocial contempla elementos biológicos, psicológicos y sociales, en contraposición al modelo mecánico

⁶² El patriarcalismo ha sido definido por Heidi Hartmann, en el libro *10 palabras clave sobre mujer*, como "el conjunto de relaciones sociales entre los varones, relaciones que, si bien son jerárquicas, establecen vínculos de interdependencia y solidaridad entre ellos para dominar a las mujeres".

⁶³ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, *Op. cit.*, art. 42.

⁶⁴ FRASER, Nancy, *et al.* Teoría Feminista y Teoría crítica. España: Artes gráficas Soler, 1990. p. 63.

⁶⁵ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, *Op. cit.*, art. 43.

⁶⁶ *Ibid.*, art 49.

⁶⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS- [en línea]. Definición de salud [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2012]. Disponible desde: http://www.zuhaizpe.com/artuculos/salud_oms.htm

centrado en la visión del paciente como una máquina y la enfermedad como un defecto de dicha máquina.

En cuanto al concepto de Foucault sobre la “histerización (*sic*) de los cuerpos de las mujeres”⁶⁸ parece aplicarse a la atención en salud de ellas de tal forma que se llega a la mujer desde el sexo y las patologías asociadas. Con esta concepción la comprensión de la salud de la población femenina ha estado cargada de los estereotipos contruidos que distorsionan y no permiten ver las realidades y necesidades de la atención en salud diferentes a las reproductivas de este grupo poblacional.

En cuanto a lo social y económico y sus implicaciones en la salud dice Arango⁶⁹ que en los años 60 del siglo pasado la división sexual del trabajo era evidente porque se relacionaba a las mujeres con el espacio doméstico o con trabajos de servicio dado por su “naturaleza”, de tal forma que al emplearlas se les asignan cargos poco calificados, catalogados dentro del orden “femenino” y como extensión de las actividades domésticas con bajos salarios, excluyéndolas de la economía y garantizando la reproducción de la especie, mientras que al varón se le sigue identificando con el trabajo productivo. En América Latina, por ejemplo, a comienzos de los años 90, dos de cada cinco mujeres del área urbana estaban empleadas por cuenta propia.

Con respecto a la inversión en salud muchos de los países de Sur América han concebido la salud como un gasto improductivo y hacen esfuerzos por reducirlo. El informe publicado por la OMS en 1999 sobre la salud mundial dice: “...si las

proporciones de gasto público en salud invertidas por los países en vías de desarrollo no se incrementan, será imposible romper el círculo de la pobreza y mejorar el estado de salud de las poblaciones de estos países...”⁷⁰.

En Colombia la pobreza afirman Álvarez y Martínez⁷¹ tiene una expresión heterogénea, de tal manera que la probabilidad de ser pobre aumenta en ciertas regiones y sectores como Chocó, Córdoba, Cauca y Nariño. Por otro lado, el desempleo tiene relación directa con la pobreza, y se presenta en los grupos más pobres menores de 25 años y por género en la mujer.

Esta situación, dice la Cepal-Unifem⁷², continúa generando desigualdades porque la asignación de las mujeres en el ámbito doméstico le impone limitaciones a los recursos sociales y materiales como trabajo remunerado, educación y capacitación. Igualmente disminuye sus posibilidades para participar en decisiones de tipo político, social y económico.

Nussbaum⁷³ profundiza sobre las desigualdades sociales y políticas de la población femenina mundial, con énfasis en los países de América Latina como Colombia y analiza las dificultades que tienen las mujeres en los diferentes espacios como Salud (mayor grado de desnutrición por falta de alimentación adecuada, violencia física, abuso sexual); educación (mayor analfabetismo, menor posibilidad de educación técnica y profesional); laboral (discriminación sexual en el salario, doble jornada laboral) y política (menor participación en el ámbito político). Todo este

⁶⁸ REYES, Adriana. El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema. En: *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2001. p. 52.

⁶⁹ ARANGO, Luz Gabriela. Género, globalización y desarrollo. En: AUTORES VARIOS. *El tiempo contra las mujeres*. Bogotá: Corporación para el desarrollo humano – Humanizar, 2003. pp. 163-180.

⁷⁰ GRANADOS, Ramón. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Revista de Salud Pública*, 2000, 2 (2): 103.

⁷¹ ÁLVAREZ MAYA, María Eugenia y MÁRTINEZ HERRERA, Horacio. *El desafío de la pobreza*. Bogotá: Siglo del Hombre editores, Fundación social y Conferencia Colombiana de ONG, 2001. p. 180.

⁷² CEPAL. Entender la pobreza desde la perspectiva de género [en línea]. [Fecha de consulta: 5 de junio de 2010]. Disponible desde: www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/14795/lcl2063e.pdf

⁷³ NUSSBAUM, Martha. *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona: Herder, 2002. p. 29.

manejo desigual de los sexos se relaciona de manera estrecha con la pobreza.

En 1994, dice Arango⁷⁴ se reportaron estudios realizados en México, Colombia y Brasil, sobre las condiciones laborales precarias de la población femenina que debe trabajar largas jornadas, sin seguridad social y sin estabilidad laboral. La denominada “doble jornada” tiene que ver con un aumento considerable del número de horas laborales entre la actividad pública y la doméstica, potenciando la posibilidad de enfermarse tanto de manera física como psicosocial (depresión, estrés). Situaciones como estas se agravan porque esta doble jornada se asocia muy frecuentemente con la pobreza, la malnutrición, falta de acceso a la educación y la violencia intrafamiliar que generan mayores factores de riesgo para que ellas se enfermen.

Para Sen⁷⁵ la igualdad de capacidades se relaciona en la atención con el principio de la salud como capacidad para ser libre. Para él el criterio de Justicia ha ser la igualdad de capacidades. Las necesidades de atención en salud deben tener en cuenta no sólo el diagnóstico médico, sino además los factores personales y sociales. Según el autor la atención médica puede ser entendida como un mecanismo, mediante el cual los individuos restablecen la igualdad de capacidades, al igual que ocurre con la educación y las libertades políticas.

3. Discusión

En este apartado se hace una discusión en torno a los resultados obtenidos de la revisión de diferentes autoras y autores con la tesis planteada al inicio de este artículo: durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una

relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres.

En primer lugar, es importante analizar como el concepto de autonomía se ha transformado con el transcurrir de los siglos y es así como en la antigüedad según O'Neill el concepto se utilizaba para las ciudades que hacían sus leyes, no para los individuos. Con Locke se introdujo el consentimiento informado como una forma de legitimar el poder político, pero no incluía a la población femenina que tuvo que luchar durante décadas por conseguir el derecho al voto, el cual estaba íntimamente unido al reconocimiento de ciudadanía con implicaciones sociopolíticas.

Posteriormente, Kant le imprimió otra dinámica al considerar que las personas tienen autonomía moral para decidir y determinar su propio futuro. La autonomía la reconoce Kant como autolegislación en oposición a la heteronomía como legislación impuesta. Y agrega que cuando no se respeta la autonomía significa ver a la persona como un medio y no como un fin en sí misma.

La afirmación anterior de Kant es retomada y recontextualizada por Roa al hablar del reconocimiento y respeto de la autonomía de la población femenina en Colombia en el siglo XXI cuando se reconoce que “decidir por ella es arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen”⁷⁶ lo que implica no permitirle ejercer su autonomía ni elegir, ni expresar su voluntad.

La aplicación de algunas ideas y afirmaciones de Kant en la atención en salud problematiza la relación profesionales de la salud - pacientes en la medida en que la tesis plantea que durante la gestación, en la práctica clínica en general, se

⁷⁴ ARANGO, L. *Op. cit.*, p.168.

⁷⁵ SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000. pp. 233-356.

⁷⁶ JARAMILLO, Isabel Cristina y ALFONSO, Tatiana. *Mujeres, cortes y medios: la reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del hombre editors – Universidad de los Andes, 2008. p. 65.

establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres. El establecer una relación paternalista indica que el profesional de la salud reemplaza al tutor padre y / o esposo para tomar decisiones por las mujeres gestantes, lo que implica cosificarla, convertirla en objeto, eliminar el sujeto.

En segundo lugar, en la cultura los hombres son vistos como trascendentes, mientras a las mujeres las asocian atadas a sus cuerpos. Su asociación con el cuerpo es tal que en muchos casos son vistas, tanto por ellas mismas como por los demás, como solo cuerpos, como si estos fueran suficientes para definir las como mujeres. En lugar de otra posibilidad como la de “existir” sus cuerpos que significa “vivir sus cuerpos como proyectos o portadoras de significados creados”⁷⁷.

En tercer lugar, el concepto de autonomía ingresa a la Bioética por Beauchamp y Childress como un principio que permiten hacer juicios ponderados. Los interrogantes que surgen entonces es ¿qué ocurre cuando se vulnera la autonomía de las gestantes? ¿Cómo se garantizan los juicios ponderados?

En cuarto lugar, con la Carta de los Derechos de los Pacientes⁷⁸, se rompe el viejo modelo paternalista en la atención clínica, pero solo se aprecian cambios con la entrada del consentimiento informado. Sin embargo, su reconocimiento es diferente si se trata de mujeres en gestación. Incluso hoy se cuestiona si son las mujeres o sus esposos quienes deben firmar el consentimiento informado cuando les hacen procedimientos clínicos a ellas.

En quinto lugar, según Simón la autonomía es un cambio de perspectiva radical que proviene

del ámbito socio-político y propone relaciones simétricas entre sujetos morales autónomos. Llega a la Bioética cuando esta pone sobre la mesa dilemas relacionados con los avances vertiginosos de la Biotecnología⁷⁹. Sin embargo, en este caso Lorda no muestra el trato desigual que ha tenido la población femenina a lo largo de la historia al hacer uso de la Biotecnología.

Desde el siglo XVIII las luchas de los feminismos han estado ligadas con el reclamo del reconocimiento de la población femenina como sujetas éticas autónomas. Beauvoir, dos siglos después, muestra como se construye desde lo cultural la imagen de la mujer y lo femenino que desencadena en la sociedad la visión de las mujeres sin autonomía o como lo expresa Kant que requieren una legislación desde fuera de ellas dada por el padre y el esposo.

Lo anterior, ha generado como lo revelan informes, estudios e investigaciones por décadas la exclusión de la población femenina de los ámbitos académicos, políticos y económicos específicamente por verlas como seres incapaces, sin autonomía para tomar decisiones. Igualmente, su quehacer se ha centrado en la maternidad y en el cuidado de los otros vinculado a lo biológico. Por su puesto esta misma mirada permea la atención en salud porque como dice Cárdenas⁸⁰ lo que hace la sociedad y las Instituciones es restringir la autonomía e identidad de las mujeres. No se posibilita ganancia de autonomía y consolidación de identidad.

⁷⁷ BUTLER, Judith. Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Witting y Foucault. En: BENHABIB, Seyla y CORNELLA, Drucilla. Teoría feminista y teoría crítica. Valencia: *Alfons El Magnánim Genaralitat Valenciana*, 1990. p. 199.

⁷⁸ ESCOBAR TRIANA, Jaime (Dir). *Op. cit.*, pp. 57-58.

⁷⁹ Para Bergel los acelerados e innovadores avances biotecnológicos hacen pensar de alguna manera en una nueva racionalidad en torno al cuerpo y sus partes. Lo anterior, debido a los intereses económicos que vislumbran nuevos y muy lucrativos mercados centrados en la comercialización del cuerpo y sus órganos. Se pone así, en tela de juicio la identidad individual y colectiva. Según el autor el momento actual tiene similitud al periodo de la esclavitud, porque el cuerpo humano vuelve a ser una mercancía. Cf. BERGEL, Salvador. Bioética, cuerpo y mercado. *Revista Colombiana de Bioética*, 2007, 2 (1): 133-165.

⁸⁰ CÁRDENAS, Hugo., *et al*, Redes y mujeres gestantes. Bogotá. Ciencias. Universidad El Bosque. Secretaría Distrital de Integración Social COL Usaquén. 2008. p. 61.

En sexto lugar, en el ideal de salud actual se tiene en cuenta la responsabilidad sobre el cuerpo y desde allí se establecen las relaciones con el cuerpo social. Por lo tanto, la salud es una “construcción” individual y colectiva, dado por las representaciones sociales sobre la salud.

En esa medida cobran relevancia los diferentes agentes sociales y las representaciones que ellos tienen acerca del cuerpo y de la salud. Por lo tanto, los seres humanos conciben su cuerpo y su salud de manera distinta dependiendo del entorno y del contexto social donde estén. La diferencia en la “construcción” del cuerpo de los hombres y las mujeres determina las distintas maneras de comportarse, así como la forma de acceder a los derechos incluida la salud.

En Colombia, por ejemplo, las investigaciones en torno a la salud, desde una perspectiva de género, dice Reyes⁸¹, muestran que la comprensión de las problemáticas de las mujeres en esta área se centra en mirar el cuerpo de ellas en función de la reproducción, las limitan al ámbito de lo puramente biológico y las relacionan prioritariamente con la fecundidad. Desde esa visión del cuerpo fraccionado lo que cuenta es únicamente lo biológico que deja de lado el sujeto, en este caso la mujer gestante.

En séptimo lugar, como se vieron en el desarrollo de este artículo los pensamientos e ideas sobre las mujeres están firmemente arraigadas en la cultura de una sociedad, y una de las razones es su vinculación a sistemas de creencias más amplios como la religión. Así se legitiman las diferencias y también se produce una gran resistencia a los cambios. Con la socialización cada sexo debe interiorizar las conductas y actuaciones para responder a las expectativas del prototipo estructurado en su cultura.

4. Conclusiones

En este artículo de reflexión sobre la concepción de autonomía con análisis crítico y enfoque desde la bioética y el género evidencia matices como los siguientes:

La relación clínica profesional de la salud–mujeres gestantes continúa con el esquema paternalista característico de la Edad Media, donde el médico era el poseedor del conocimiento y el paciente obedecía. El esquema paternalista genera conflicto porque como lo afirma Sarmiento⁸², el paciente será considerado similar a un menor de edad en las decisiones sobre su bienestar, sin tener la posibilidad de razonar ni de elegir, porque son los profesionales de la salud quienes deciden por ella.

Los planteamientos, propuestas y argumentos de Locke, Kant y Mill fueron hechos desde y para el género masculino, excluyendo a la población femenina que desde el siglo XVIII ha tenido que hacerse visible y luchar por el reconocimiento y respeto a la autonomía. En este punto hay una tensión, entre las concepciones sobre autonomía como capacidad racional⁸³ que enmarcan la toma de decisiones y el concepto de la “construcción” de autonomía⁸⁴.

Se observa una diferencia en el ejercicio de autonomía entre los hombres y las mujeres, porque la población femenina ha tenido que deconstruir y

⁸¹ REYES, A. *Op.cit.*, pp. 41-55.

⁸² SARMIENTO, María Inés. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Colección Bios y Oikos, volumen 6. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009. pp. 94-95.

⁸³ Para Ferrer y Álvarez el concepto de autonomía se le atribuye a personas cuya racionalidad es reconocida. Históricamente la racionalidad ha sido “construida” con la exclusión de los niños, las mujeres y miembros de otros grupos oprimidos. Cf. FERRER Jorge y ÁLVAREZ Juan. Para fundamentar la Bioética. 2 ed. Madrid: Desclee De Brouwer-Universidad Pontificia Comillas, 2003. p. 293.

⁸⁴ Bernal considera en el artículo ¿Nos sirve a todas la autonomía? que la autonomía se ha “construido” como elemento importante de la ciudadanía y democracia. Cf. BERNAL, Angélica. ¿Nos sirve a todas la autonomía? *Revista En otras palabras*, 2010, número 18. pp.9-17. Bogotá: Siglo del hombre editores.

volver a “construir” la autonomía para ser uso de ella. Este punto en especial requiere ser profundizado durante el desarrollo de la tesis doctoral.

En cuanto a la perspectiva de la autonomía desde voces de mujeres plantean una mirada crítica a las afirmaciones de filósofos influyentes como Locke, Kant, Habermas, Rousseau, Hegel, Schopenhauer y Nietzsche. Es importante tener en cuenta que a partir de esas críticas han surgido nuevas propuestas que retoman y recontextualizan el concepto de autonomía como lo hace Roa⁸⁵.

La reflexión en este artículo permitió construir la categoría de autonomía en la toma de decisiones sobre los cuerpos de las mujeres en gestación que es parte del proyecto de investigación a desarrollar en la tesis doctoral. Para la “construcción” de esta categoría se tomaron en cuenta a Onora O’Neill, Laura Purdy, Elizabeth Boetzkes, Diana Meyers, Amelia Valcárcel que aportaron los elementos siguientes:

La autonomía para O’Neil tiene que ver con el derecho a escoger, como una independencia relacional. Purdy considera que el embarazo no es parecido a ninguna otra relación humana, a esta se le concede implicaciones morales. Elizabeth Boetzkes dice que el embarazo es una oportunidad para la autodeterminación que involucra los aspectos personales y sociales del embarazo y la maternidad que implican censura y aprobación. Diana Meyers considera que la mujer gestante es un agente moral activo. Valcárcel plantea que la autonomía se debe ver como un efecto colateral de la acción, de tal forma que son las

acciones que realizamos las que nos convierten en autónomas o autónomos.

En el ámbito colombiano, con la proclamación de la Constitución Política de 1991, se generaron cambios con características democráticas, en la medida en que se hizo explícito el respeto a la diferencia, el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la igualdad, entre otros.

La inclusión de los artículos 40, 42, 43 y 49 en la Constitución de 1991 fue el producto, de la acción colectiva y de movimientos de mujeres que lideraron cambios normativos que muestran algunos avances en relación con la Constitución Política de 1886. Sin embargo, persiste una mirada hacia las mujeres gestantes como menores de edad influida por el contexto de un país conservador, como Colombia arraigado en las creencias religiosas, donde ellas deben estar subordinadas a los cónyuges o compañeros permanentes.

El artículo 43 enfatiza en la atención y protección especial por parte del Estado durante el embarazo. En este caso en especial las mujeres son visibles para recibir atención y cuidado, porque están en periodo de reproducción. De esa forma, la problemática de salud de las mujeres se reduce a la salud reproductiva.

También en la población femenina se observan marcadas desigualdades en las oportunidades para acceder a recursos sociales y materiales, e igualmente desventajas en la toma de decisiones políticas, debido a su ubicación básicamente en el hogar. Pero aún si las mujeres logran tener un alto nivel educativo su remuneración sigue siendo inferior a los hombres. Según Gallón⁸⁶ aquí en Colombia las mujeres con altos cargos ganan 22% menos que los hombres.

⁸⁵ Mónica Roa pregunta: ¿Cómo podemos repensar una de las formulaciones del imperativo categórico de Kant, según la cual debe tratarse a las personas como un fin y no como un mero medio, para evitar tratar a las mujeres como máquinas reproductivas sin llegar a un paternalismo patriarcal que no ve en la mujer un sujeto que puede tomar decisiones morales? Cf. ROA, Mónica. *Great Eggspectations: La tecnología reproductiva y los nuevos retos para la autonomía de las mujeres*. Revista En otras palabras, 2010, número 18. pp.47-56. Bogotá: Siglo del hombre editores.

⁸⁶ GALLÓN, Angélica. Entre el poder y los tacones. *El Espectador*, Bogotá D. C. 11, marzo, 2007; p. 1C.

Desde el diálogo entre la Bioética y el género es necesario tomar en cuenta las particularidades y especificidades de las mujeres, para brindar una atención en salud, según las necesidades de la población femenina con una visión más amplia y abarcante que la reproducción.

Todo lo anterior, da la razón a Schicktanz⁸⁷ al decir que la forma como consideramos el cuerpo cuenta, porque el entendimiento del cuerpo como una corporalidad social construida y el cuerpo como parte de nuestra identidad se han convertido en temas de análisis profundo y de debates acerca de la autonomía corporal específicamente en la Bioética contemporánea.

Para finalizar, es importante tener en cuenta, que tanto la Ética como la Bioética han tenido la pretensión de ser universales, pero realmente han sido excluyentes con las mujeres y aunque la población femenina con los movimientos feministas ha corrido los límites de la discriminación, todavía en el siglo XXI persisten las exclusiones, las discriminaciones, las injusticias socio-políticas y culturales contra las mujeres. Por que como dice Taylor citado por Fraser: "... el no reconocimiento o el reconocimiento equivocado... puede ser una forma de opresión"⁸⁸.

Bibliografía

1. ÁLVAREZ MAYA, María Eugenia y MÁRTINEZ HERRERA, Horacio. El desafío de la pobreza. Bogotá: Siglo del Hombre editores, Fundación social y Conferencia Colombiana de ONG, 2001. p. 180.
2. AMORÓS, Celia. Ética y feminismo. En: GUARIGLIA, Osvaldo (Ed). Cuestiones morales. Madrid: Trotta, 1996. p.146.
3. ARANGO, Luz Gabriela. Género, globalización y desarrollo. En: AUTORES VARIOS. El tiempo contra las mujeres. Bogotá: Corporación para el desarrollo humano – Humanizar, 2003. pp. 163-180.
4. BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principios de Ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999. p. 3.
5. BERGEL, Salvador. Bioética, cuerpo y mercado. *Revista Colombiana de Bioética*, 2007, 2 (1): 133-165.
6. BERNAL, Angélica. ¿Nos sirve a todas la autonomía? *Revista En otras palabras*, 2010, número 18. pp.9-17. Bogotá: Siglo del hombre editores.
7. BOETZKES, Elizabeth. Equality, autonomy, and feminist Bioethics. En: *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Oxford, 1999.
8. BUTLER, Judith. Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Witting y Foucault. En: BENHABIB, Seyla y CORNELLA, Drucilla. Teoría feminista y teoría crítica. Valencia: *Alfons El Magnánim Genaralitat Valenciana*, 1990. p. 199.
9. CÁRDENAS, Hugo., et al, Redes y mujeres gestantes. Bogotá. Colciencias. Universidad El Bosque. Secretaría Distrital de Integración Social COL Usaqué. 2008. p. 61.
10. CARTAS DE DERECHOS DEL PACIENTE. DECLARACIÓN DE LISBOA, OCTUBRE DE 1981. En: ESCOBAR TRIANA, Jaime (Dir). Códigos, convenios y Declaraciones de Ética médica, Enfermería y Bioética. Colección *Bios y Ethos* No. 8. Bogotá: Kimpres – Universidad El Bosque, 1998. pp. 57-58.
11. CEPAL. Entender la pobreza desde la perspectiva de género [en línea]. [Fecha de consulta: 5 de junio de 2010]. Disponible desde: www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/14795/lcl2063e.pdf
12. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. Bogotá: Legis, 2010.
13. CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sala plena. Sentencia Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006. MM. PP. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas.
14. DE SOUSA SANTOS, Boaventura. De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la postmodernidad. Bogotá: Siglo del hombre editores–Universidad de los Andes, 1998. pp. 312-324.
15. ENGELHARD, Tristram. Los principios de la Bioética. En: ENGELHARD, Tristram. Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós, 1995. pp. 136-138.
16. ESCOBAR, Jaime. Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo. *Revista Colombiana de Bioética*, 2007, 2 (1): 33.
17. FERRER Jorge y ÁLVAREZ Juan. Para fundamentar la Bioética. 2 ed. Madrid: Desclee De Brouwer-Universidad Pontificia Comillas, 2003. p. 293.

⁸⁷ SCHICKTANZ, Silke. Why the way we consider the body matters - Reflections on four bioethical perspectives on the human body [en línea]. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2007. [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2010]. Disponible desde: <http://www.peh-med.com/content/2/1/30>

⁸⁸ TAYLOR, C., Citado por FRASER, N., *Iustitia Interrupta*. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista". Bogotá: Siglo del Hombre Editores – Universidad de los Andes, 1997. p. 22.

18. FRASER, N., *Iustitia Interrupta*. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista". Bogotá: Siglo del Hombre Editores – Universidad de los Andes, 1997.
19. FRASER, Nancy., *et al.* Teoría Feminista y Teoría crítica. España: Artes gráficas Soler, 1990.
20. GALLÓN, Angélica. Entre el poder y los tacones. *El Espectador*, Bogotá D. C. 11, marzo, 2007.
21. GRACIA, Diego. Bioética clínica. Bogotá: Códice, 1998. pp. 41-81.
22. GRANADOS, Ramón. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Revista de Salud Pública*, 2000, 2 (2): 103.
23. GUTIÉRREZ Paula. De la autonomía a la soberanía. *Revista En otras palabras*, 2010, número 18, pp. 19-22. Bogotá: Siglo del Hombre editores.
24. HOTTOIS, Gilbert. ¿Qué es la bioética? Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007. p. 47.
25. JARAMILLO, Isabel Cristina y ALFONSO, Tatiana. Mujeres, cortes y medios: la reforma judicial del aborto. Bogotá: Siglo del hombre editors – Universidad de los Andes, 2008. p. 65.
26. KANT, Immanuel. Crítica de la razón práctica. México: Porrúa, 1989. p. 93.
27. LAGARDE, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 3 ed. México: Universidad Autónoma de México, 2003. pp. 320-323.
28. LOCKE, John. Segundo ensayo sobre el gobierno civil. Buenos Aires: Losada, 2002.
29. LUNA, Lola. Historia, género y política. Movimientos de mujeres y participación política en Colombia 1930-1991. Seminario Interdisciplinar Mujeres y sociedad. Comisión Internacional de Ciencia y Tecnología. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1994. p. 67.
30. MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. *Equality, autonomy, and feminist Bioethics*. En: *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Oxford, 1999. pp.124-139.
31. MILL, John Stuart. Sobre la libertad. Madrid: Alianza, 1979. p. 163.
32. NIETO, Mauricio. Poder y conocimiento científico: Nuevas tendencias en historiografía de la ciencia. *Historia critica. Revista del Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 1995, número 10: 3–14.
33. NUSSBAUM, Martha. Las mujeres y el desarrollo humano. Barcelona: Herder, 2002.
34. O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2002.
35. ORGANIZACIÓN CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR EN COLOMBIA. Citada por POSADA, Carmen. Derechos sexuales y reproductivos en Colombia: Abrirse paso entre las fuerzas fundamentalistas, las violencias y la guerra. En: *Diálogos Sur-Sur. Sobre religión, Derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. Chile: Universidad Academia 2004.
36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS– [en línea]. Definición de salud [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2012]. Disponible desde: http://www.zuhaizpe.com/artuculos/salud_oms.htm
37. PALAZZANI, Laura. Cuerpo y sujeto en bioética [en línea]. *Cuadernos de bioética. Asociación Española de Bioética y ética Médica*, 2004, número 53: 17-27. [Fecha de consulta: 10 marzo de 2011]. Disponible desde: aebioetica.org/revistas/2004/15/1/53/17.pdf
38. PURDY, Laura. *Are pregnant women fetal containers?* En: *Reproducing persons. Issues in feminist bioethics*. United States of America. Cornell University Press. 1996. pp. 88-107.
39. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 21 ed. Madrid: Espasa Calpe, 1992.
40. REALE, Giovanni., *et al.* Historia del pensamiento filosófico y científico. Tomo II Del humanismo a Kant. Barcelona: Herder, 1999. pp. 428-446.
41. RENDTORFF, Jacob Dahl y KEMP, Peter. *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Volumen I: *Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. Barcelona: Centre for Ethics and Law – Institut Borja de Bioética, 2000. pp. 17-62.
42. REYES, Adriana. El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema. En: *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2001. p. 52.
43. ROA, Mónica. *Great Eggspectations*: La tecnología reproductiva y los nuevos retos para la autonomía de las mujeres. *Revista En otras palabras*, 2010, número 18. pp.47-56. Bogotá: Siglo del hombre editores.
44. SARMIENTO, María Inés. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Colección Bios y Oikos, volumen 6. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009. pp. 94-95.
45. SCHICKTANZ, Silke. Why the way we consider the body matters - Reflections on four bioethical perspectives on the human body [en línea]. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2007. [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2010]. Disponible desde: <http://www.peh-med.com/content/2/1/30>
46. SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta, 2000. pp. 233-356.
47. SIMÓN LORDA, Pablo. El Consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Editorial Triacastela, 2000. pp. 29- 31.

48. _____. Problemas prácticos del consentimiento informado. Barcelona: Fundación Víctor Grifols, 1999.
49. VALCÁRCEL, Amelia. La política de las mujeres. Madrid: Universidad de Valencia – Instituto de la mujer, 2004.
50. VARELA, Nuria. Feminismos para principiantes. Barcelona: Ediciones B., 2005.
51. VELÁSQUEZ TORO, Magdala. Aspectos de la condición jurídica de las mujeres. En: Autores varios. Las mujeres en la historia de Colombia. Mujeres, historia y política. Tomo I. Santafé de Bogotá: Norma, 1995. pp.173-174.
52. VIVEROS VIGOLLA, Mara. El concepto de género y sus avatars. Interrogantes en torno a algunas viejas y nuevas controversias. En: AUTORES VARIOS. Pensar en género. Teoría y práctica para nuevas cartografías del cuerpo. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2004. pp.171-193.
53. WILLS OBREGÓN, María Emma. De la nación católica a la nación multicultural: rupturas y desafíos. En: Autores varios. Memorias del Simposio Internacional y IV Cátedra Anual de Historia Ernesto Restrepo Tirado. Bogotá: Ministerio de Cultura. 2000. p. 388.
54. ZABALA, Sonia. Autonomía y acción colectiva en la construcción de sujetas políticas. *Revista En otras palabras*, 2010, número 18, pp. 23-32. Bogotá: Siglo del hombre editores.